

**НЕВЫНАШИВАНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ.
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ
РОДЫ.
КЛИНИКА.
ДИАГНОСТИКА.**

**Выполнила: студентка 517 группы леч. ф-та Григорьева
М.**

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ

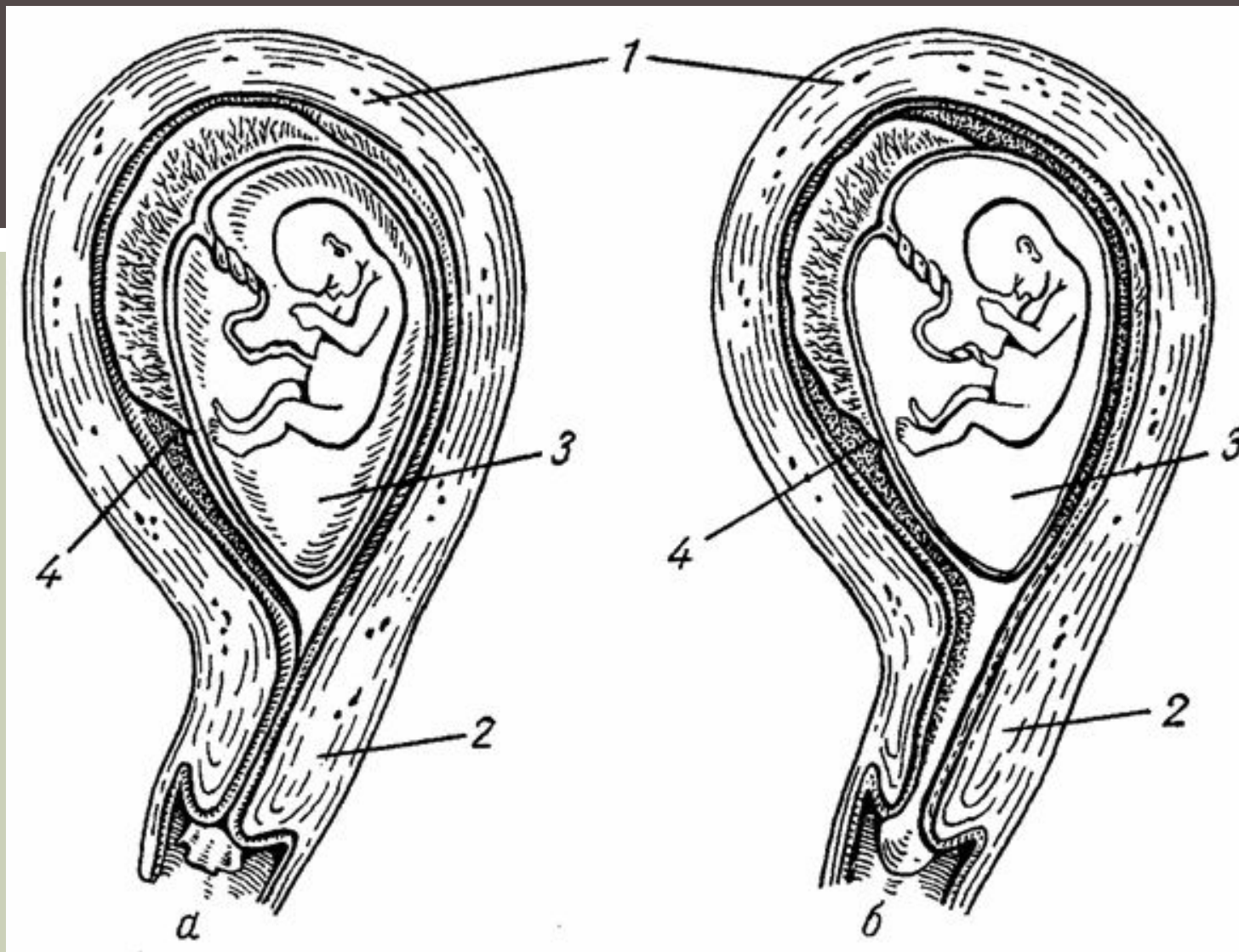
- Угрожающий выкидыш
- Начавшийся самопроизвольный выкидыш
- Аборт в ходу
- Неполный аборт
- Полный аборт
- Септический (инфицированный) выкидыш
- Неразвивающаяся беременность

УГРОЖАЮЩИЙ ВЫКИДЫШ

- Кровянистые выделения из матки до 22 нед. беременности.
- Тянущие боли внизу живота и в поясничной области. Скудные кровяные выделения из половых путей.
- **Гинекологическое исследование:** Размеры матки соответствуют сроку беременности. Тонус матки повышен. Структурных изменений ш.м. нет. Кровянистых выделений из половых путей нет (могут быть скудные).

НАЧАВШИЙСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ

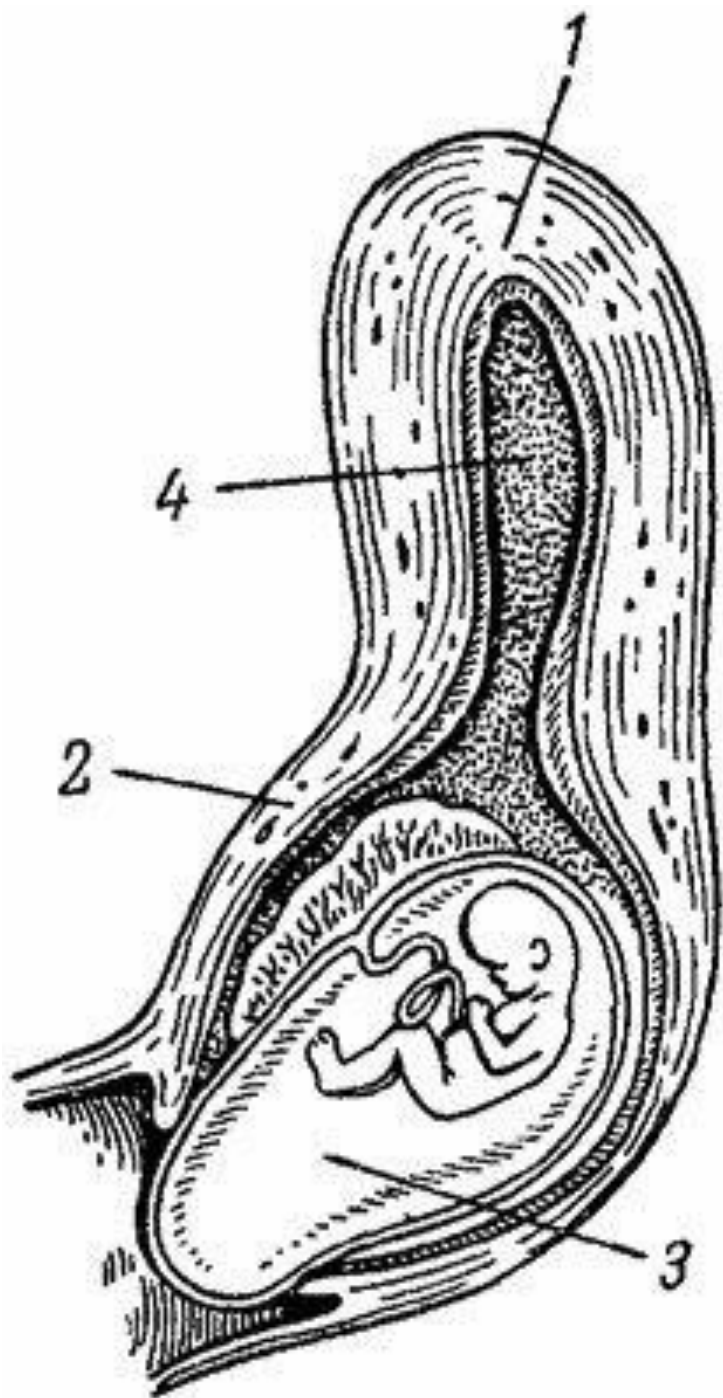
- Схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из влагалища.
- **Гинекологическое исследование:** Тело матки при пальпации становится плотным, соответствует сроку задержки менструации (плодное яйцо отслаивается на незначительном участке). Шейка матки может быть укорочена, цервикальный канал приоткрыт.



а — угрожающий выкидыш; б — начавшийся выкидыш 1 — тело матки, 2 — шейка матки, 3 — плодное яйцо, 4 — гематома

АБОРТ В ХОДУ

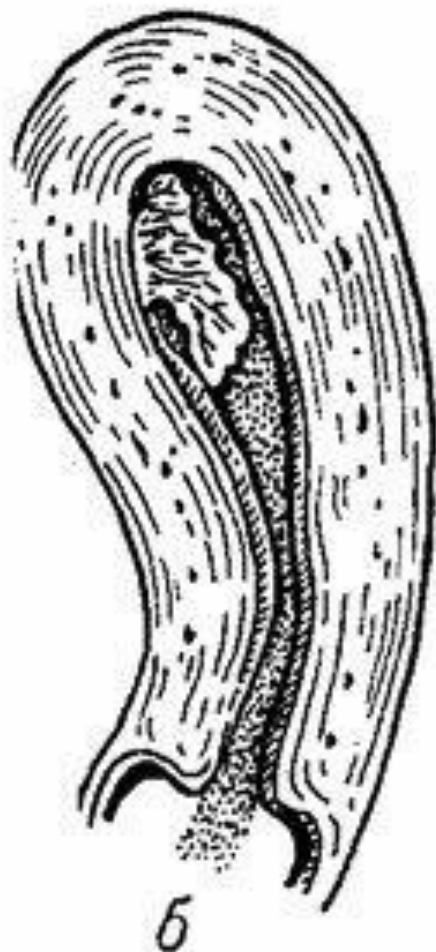
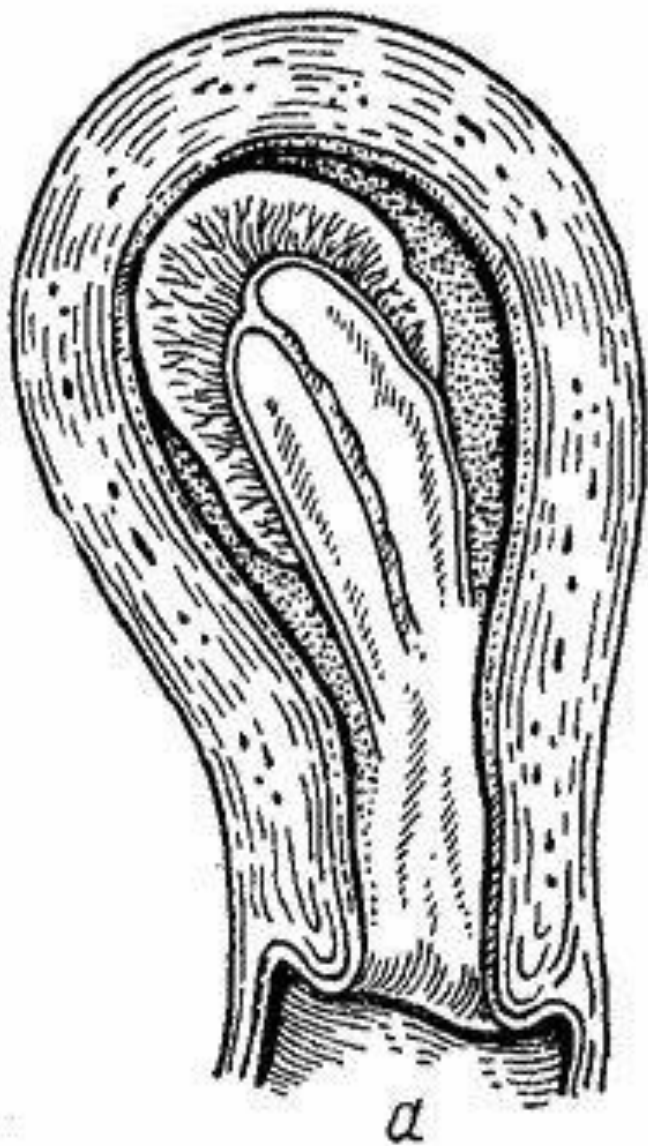
- Схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения (чаще обильные).
- **Гинекологическое исследование:** Тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности. Определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия. Возможно подтекание околоплодных вод в более поздние сроки беременности (при ИЦН чаще начинается с ПИОВ). Внутренний и наружный зевы раскрыты. Элементы плодного яйца находятся в канале ш.м., нижний его полюс может выступать во влагалище.



1 — тело матки, 2 — шейка
матки, 3 — плодное яйцо, 4 —
гематома.

НЕПОЛНЫЙ АБОРТ

- **Беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению. Чаще встречается с 12 нед. беременности, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод.**
- **Гинекологическое исследование:** матка меньше предполагаемого сроком беременности, мягкой консистенции. Канал ш.м. раскрыт, обильные кровяные выделения из цервикального канала.



Неполный выкидыш.
а — в матке все
оболочки; б — в матке
остатки плодного яйца.

ПОЛНЫЙ АБОРТ

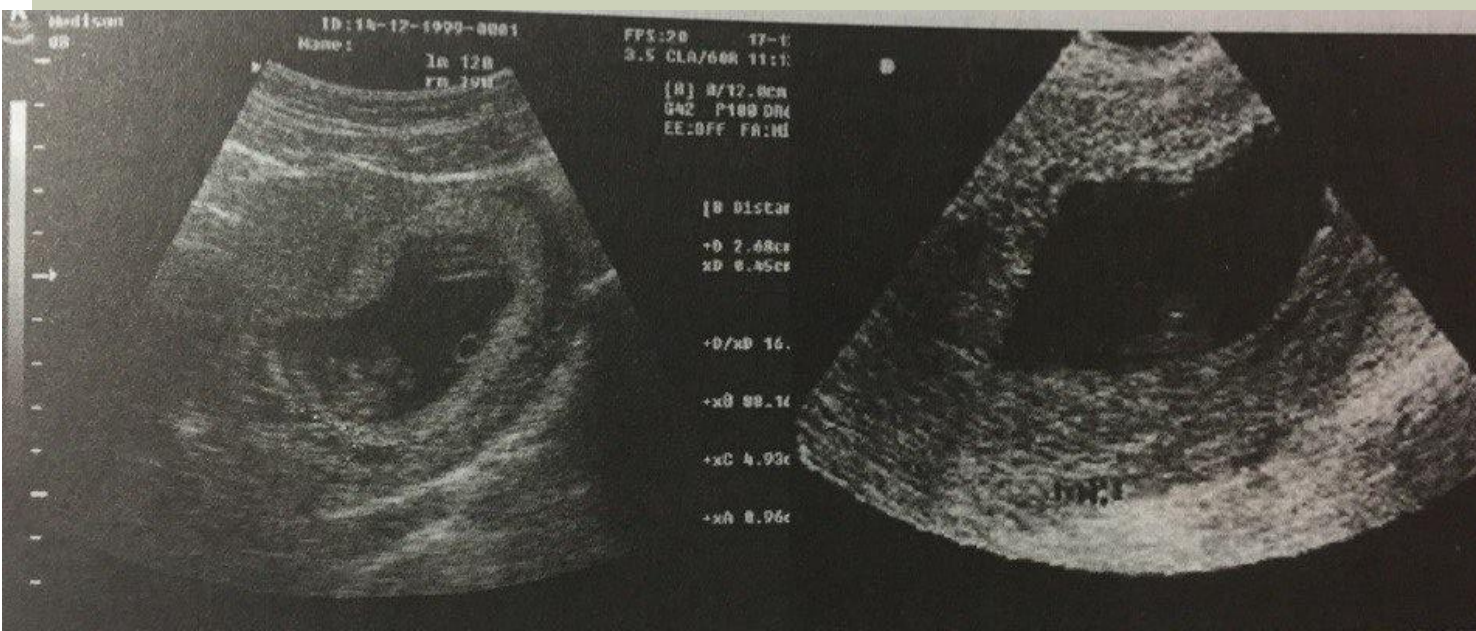
- Плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки. Матка сокращается, кровотечение прекращается.

СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ

- Прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гноевидными выделениями из половых путей.
- **Физикальное обследование:** тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц ПБС.
- **Гинекологическое исследование:** болезненная матка мягкой консистенции.
- Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, Гр- МО, Гр+ кокками. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального/разлитого перитонита, септицемии.

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Гибель эмбриона (до 9 недель) или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки.
- Отставание размера матки от гестационного срока. Низкий уровень β -ХГЧ.



Неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона. УЗИ

ДИАГНОСТИКА

Оценка состояния пациентки и DS ставится на основе анализа жалоб, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований. УЗИ должно быть выполнено как можно быстрее.

■ **Жалобы:** на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации.

■ **Тщательный сбор анамнеза**

■ **Физикальное обследование:**

Температура, ЧСС, ЧДД, АД; обследование области живота

■ **Влагалищное исследование:**

Осмотр при помощи зеркал: источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале;

Бимануальное исследование: консистенция и длина ш.м., состояние цервикального канала и внутреннего зева ш.м, величина матки, состояние и болезненность придатков, сводов влагалища.

УЗИ

■ ТВС является «золотым стандартом»

Жизнеспособная
маточная беременность

Эмбрион визуализируется, четко определяется СД.

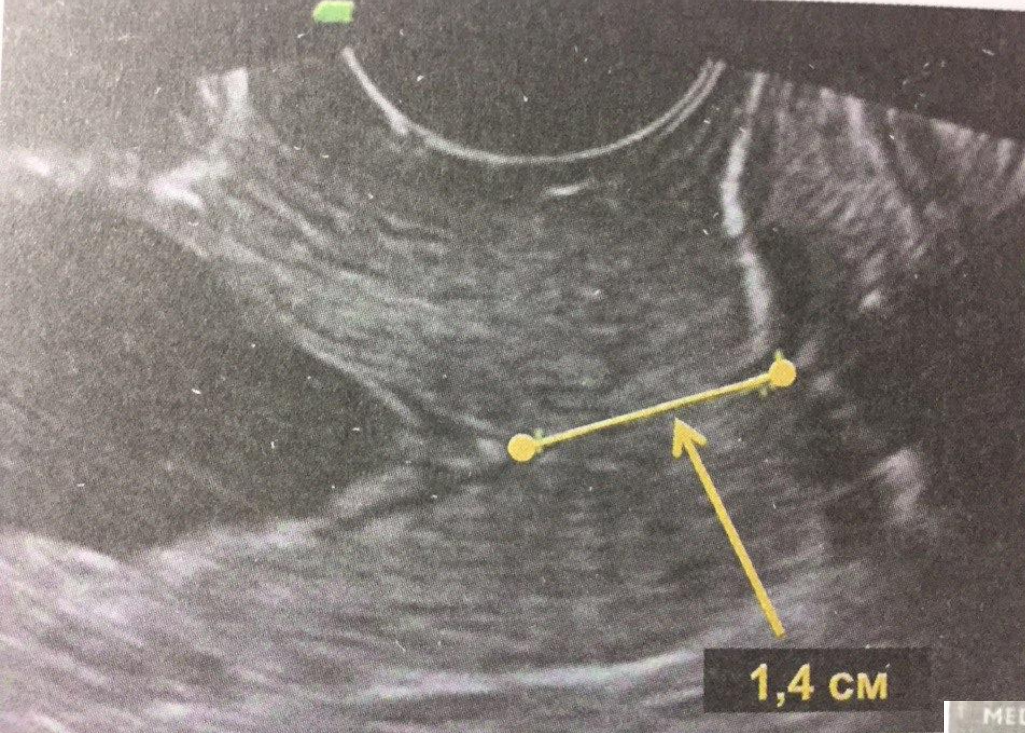
Беременность
неопределенной
жизнеспособности

1. Плодное яйцо расположено обычно, средний внутренний диаметр плодного яйца ≤ 20 мм, эмбрион не визуализируется
2. Плодное яйцо расположено нормально, эмбрион ≤ 7 мм, СД не определяется. Рек-но повторное сканирование через 7 дней в динамике.

Ранняя потеря
беременности

1. При ТВС средний внутренний диаметр плодного яйца > 20 мм, эмбрион не визуализируется или ТАС средний внутренний диаметр плодного яйца > 25 мм, эмбрион не визуализируется
2. При ТВС эмбрион < 7 мм, СД отсутствует; при ТАС эмбрион < 8 мм, сердцебиение не визуализируется

Угрожающий выкидыш	Признаки отслойки плодного яйца с формированием гематомы. Регистрируется сердцебиение плода.
Начавшийся выкидыш	Частичная отслойка плаценты по краю или с образованием ретрохориальной гематомы.
Выкидыш в ходу	Эмбрион виден; сердечная деятельность плода может быть/отсутствует; признаки тотальной/ субтотальной отслойки плодного яйца.
Неполный выкидыш	В полости матки визуализируется ткань диаметром >15мм. Гетерогенные и/или гиперэхогенные полосы вдоль эндометрия или канала ш.м.
Полный выкидыш	Пустая полость матки. Толщина эндометрия <15мм, а ранее были обнаружены плодное яйцо или оставшиеся продукты зачатия.
Септический выкидыш	Признаки полного/неполного выкидыша. Признаки ВЗОМТ, в т.ч признаки параметрита, tuboовариальных образований, абсцесса малого таза.
Неразвивающаяся беременность	Эмбрион ≥ 7 мм без СД или <7мм (прирост не более 1 недели)



**Укорочение шейки
матки (УЗИ)**

**Беременность 7 недель.
Ретрохориальная гематома
(УЗИ)**





Неполный аборт. Картина УЗИ (а) с цветным доплеровским картированием (б)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ В-ХГЧ

- **Определение уровня β -ХГЧ** в сыворотке крови (становится положительным в первые 9 дней после зачатия)

β-ХГЧ и ТВС	Тактика
β-ХГЧ < 2000ЕД/л	Повторить ТВС и определить β-ХГЧ через 48-72 часа
β-ХГЧ > 2000ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, увеличение придатков и/или свободная жидкость в БП	Высокая вероятность внематочной беременности
β-ХГЧ > 2000ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, в БП пат. изменений не обнаружено	Повторить ТВС и β-ХГЧ через 48-72 часа
Снижение или малый прирост β-ХГЧ (диагностически не значимый)	Беременность не прогрессирует. Обеспечить надлежащее обследование для уточнения ДС и последующих мер для элиминации беременности

КРИТЕРИИ ОБЩЕСТВА РАДИОЛОГОВ ПО РАННЕЙ УЗИ- ДИАГНОСТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Признаки неразвивающейся беременности:

- КТР 7 мм или больше, сердцебиения нет, внутренний диаметр плодного яйца 25мм или более, эмбриона нет;
- Отсутствие сердцебиения эмбриона через 2 недели или более после сканирования, которое выявило наличие плодного яйца без желточного мешка;
- Отсутствие сердцебиения эмбриона через 11 или более дней после того, как сканирование выявило плодное яйцо с желточным мешком.

ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- Специфическая симптоматика отсутствует.
- Диагноз начала преждевременных родов может быть уточнен с помощью ТВС с измерением длины ш.м или определение фибронектина плода в шейечно-вагинальном секрете.
- Экспресс-тест-системы для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего ИПФР для определения риска преждевременных родов.

Для диагностики активных преждевременных родов важны 2 показателя:

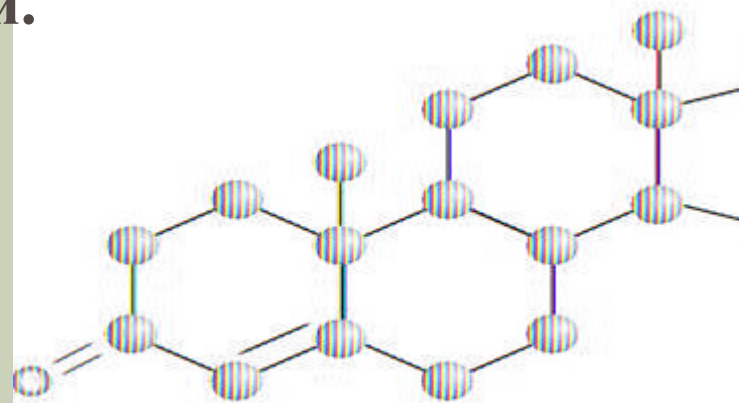
- Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин. наблюдения)
- Динамические изменения ш.м. – укорачивание и сглаживание. Степень раскрытия ш.м. - индикатор прогноза эффективности токолиза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАЧАЛА НАСТУПЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- Определение длины ш.м. с помощью гинекологического исследования и УЗИ ($<25\text{мм}$ и $<3\text{см.}$). При длине ш.м. 25мм риск преждевременных родов повышается в 6 раз по сравнению с таковыми в популяции.
- Тест на выявление высокофосфорилированного протеина-1, связывающего ИПФР – протеин децидуальной оболочки для оценки зрелости ш.м. (отриц. тест – низкий риск ПР в течение 7 дней после теста).
- Наиболее точный маркер - фетальный фибронектин в шейечно-влагалищном секрете до 35 нед. беременности – гликопротеид, вырабатываемый клетками хориона. Обычно отсутствует с 24 нед. беременности.

УРОВЕНЬ ПРОГЕСТЕРОНА

- Уровень прогестерона в сыворотке крови ниже 25 нмоль/л является предиктором нежизнеспособности беременности.
- Уровень выше 25 нмоль/л, вероятно, будет указывать на жизнеспособность беременности.
- Уровень выше 60 нмоль/л надежно свидетельствует о нормальном течении беременности.



Progesterone

ДИОВ

- ДИОВ встречается в 30% случаев преждевременных родов.
- 3 основные причины неонатальной смертности связаны с ДИОВ: недоношенность, сепсис, гипоплазия легких.



ДИАГНОСТИКА ДИОВ

- Во многих случаях, диагноз очевиден в связи с внезапно хлынувшей из влагалища прозрачной жидкости с характерным запахом, впоследствии – продолжающимися небольшими ее выделениями. **Возможно проведение следующих диагностических тестов:**
- предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час.
- произвести осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами – жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде влагалища подтверждает диагноз.
- Провести «цитологический тест» («симптом папоротника»)
- использовать одноразовые тест-системы, основанные на определении нефосфорилированной формы протеина-1, связанного с ИПФР или плацентарного α -микроглобулина-1, для обнаружения околоплодных вод во влагалищном отделяемом;

- Провести УЗИ - олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз ДИВ



Спасибо за внимание!